

اداره محلی	شماره تلفن
شماره پرونده	تاریخ

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
WCCC DENIAL NOTICE
اطلاعیه رد شدن مزایای WCCC

وجه پرداختی اداره رفاه اجتماعی و درمانی DSHS به مراقبت کننده کودکان برای هر نوع مراقبتی بعد از این تاریخ قطع خواهد شد. لطفاً با مراقبت کننده درمورد هزینه مراقبت کردن از کودکان گفتگو کنید.

در تاریخ _____ شما درخواست کمک برای مراقبت کودک طبق برنامه WCCC کردید. ما به دلیل زیر قادر به کمک به شما نخواهیم بود (طبق WAC 388-290)

شما از درخواست خود برای کمک مراقبت کودک صرفنظر کردید.

طبق WAC 388-290-0015، شما دارای کودک واجد شرایط نمی باشید.

عملیات شما مطابق مقررات WAC 388-290-0040, 0045, 0050 نمیباشند

شما واجد شرایط برای دریافت کمک مراقبت کودک میباشید، اما مراقبت کننده تان طبق WAC 388-290-0130

واجد شرایط نمیباشد. شما باید مراقبت کننده دیگری را انتخاب نمایید. اگر شما تا تاریخ _____ اطلاعات مراقبت کننده جدید را

ارسال نکنید، ما تعیین خواهیم کرد که شما درخواستان برای کمک مراقبت کودک را صرفنظر کرده اید.

طبق WAC 388-290-0010، درآمد شما بالای حد حداکثر مجاز سطح فقر فدرال FP برای واجد شرایط شدن در این برنامه میباشد.

شما اطلاعات لازم برای تعیین واجد شرایطیتان را ارسال نکرده اید. طبق WAC 388-290-0030، در تاریخ _____ ما درخواست

کردیم:

غیره

اگر سؤالی دارید، لطفاً با من با شماره تلفن _____ تماس بگیرید.

شماره تلفن و فاکس کارمند ذی صلاح

نام کارمند ذی صلاح

حقوق شما درمورد دادرسی

اگر شما با این تصمیم موافقت نمیکنید شما میتوانید جهت دادرسی با این اداره تماس گرفته یا کتبا به آدرس Office of Administrative Hearings, P O Box 42489 Olympia, WA 98507-2465 درخواست خود را ارسال کنید. شما می بایست در عرض 90 روز از تاریخ دریافت این نامه، جهت دادرسی درخواست خود را ارسال کنید. در زمان دادرسی شما میتوانید نماینده خودتان باشید و یا یک وکیل و یا شخص دیگری که شما انتخاب کنید، به نمایندگی از شما به مسایل شما رسیدگی کند. امکان دارد که شما با تماس گرفتن با اداره خدمات حقوقی قادر به دریافت کمک حقوقی رایگان یا نمایندگی از طرف ایشان باشید. امکان دارد که شما واجد شرایط برای ادامه دریافت مزایا تا تصمیم نتیجه این دادرسی باشید.

بیمه پزشکی کودکان

ایا میدانید که شما میتوانید کودکتان(کودکانتان) را بیمه پزشکی و دندانپزشکی کنید؟ لازم نیست که منتظر شوید و انجام این کار به آسانی 1-2-3 میباشد.

1. آیا کمک دیگری از ایالت ، مثلاً کوپن غذایی و یا کمک مالی دریافت میکنید؟
 - بلی: با مددکار مالیاتان تماس بگیرید و درخواست بیمه پزشکی برای کودکتان را بکنید.
 - خیر: با شماره رایگان بیمه پزشکی کودکان به شماره تلفن 1-800-204-6429 تماس بگیرید.
2. اطلاعاتی که لازم دارند را به ایشان بدهید تا تعیین کنند که آیا شما واجد شرایط میباشید. امکان دارد که این اطلاعات را داشته باشند و یا بتوانند تلفنی این اطلاعات را از شما دریافت کنند.
3. کارت پزشکیتان را از طریق پست دریافت کنید.

منتظر نشوید- بیمه پزشکی برای کودکتان به نزدیکی یک تماس تلفنی میباشد!